様式第２号（第５条関係）

年　　月　　日

介護保険認定関係情報に係る情報提供申請書

　古河市長　　宛て

　介護サービス計画を策定する上で必要があるため、要介護認定等に係る情報の提供（　□写しの交付　□写しの交付郵送）を受けたく申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 該当に〇 | 介護予防支援事業者　居宅介護支援事業者  介護老人福祉施設　　介護老人保健施設  介護療養型医療施設　介護医療院 | | | | | | |  | |
| 住　　所 | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員（担当者） | | | | |  | | | | |
| 来庁者氏名 | | |  | | | 身分証確認 | | 免許証 旅券  その他（　　　　　　　　） | |
| 提供を受けたい情報 | 被保険者 | | 氏　　名 | |  | | | 生年月日 | | 年　月　日 生 |
| 住　　所 | |  | | | | | |
| 被保険者番号 | |  | | | | | |
| 情報の種類 | | ☐　認定調査票（概況調査・基本調査）  ☐　認定調査票（特記事項）  ☐　主治医意見書 | | | | | | | |
| ※　情報提供を受けたい対象者が複数のときは、別紙を添付する。 | | | | | | | | | | |

遵守事項

　１　次の事項を遵守します。

　　(１)　提供を受けた情報は、**介護サービス計画又は介護予防サービス計画の策定以外の目的に使用しないこと**。

　　(２)　提供を受けた情報を**複写及び複製を行わないこと**。

(３) 提供を受けた情報を**紛失、漏えい、破損等の事故がないよう厳重に管理すること**。

　　(４)　提供を受けた情報を所持する必要がなくなったときは、速やかに当該情報を責任をもって破棄すること。

　２　違反者に対する措置

　　　情報の提供を受けた者が遵守事項に違反したときは、提供した情報の返還を求めるとともに、以後の情報提供を行わない。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認欄 | 申請者同意 | 有・無 | 主治医意見書同意 | | 有・無 | 担当者（サイン） |
| 居宅サービス計画作成依頼届出事業者 | | | 有・無 | |  |

別紙

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 氏　　名 | |  | | | | 生年月日 | | 年　月　日生 | | |
| 住　　所 | |  | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | |  | | | 介護支援専門員（担当者） | | | |  | |
| 情報  種類 | ☐　認定調査票（概況調査・基本調査）　☐　認定調査票（特記事項）  ☐　主治医意見書 | | | | | | | | | | |
|  | 確認欄 | 申請者同意 | | 有・無 | 主治医意見書同意 | | | 有・無 | | |  |
| 居宅サービス計画作成依頼届出事業者 | | | | | | 有・無 | | |
| 被保険者 | 氏　　名 | |  | | | | 生年月日 | | 年　月　日生 | | |
| 住　　所 | |  | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | |  | | | 介護支援専門員（担当者） | | | |  | |
| 情報  種類 | ☐　認定調査票（概況調査・基本調査）　☐　認定調査票（特記事項）  ☐　主治医意見書 | | | | | | | | | | |
|  | 確認欄 | 申請者同意 | | 有・無 | 主治医意見書同意 | | | 有・無 | | |  |
| 居宅サービス計画作成依頼届出事業者 | | | | | | 有・無 | | |
| 被保険者 | 氏　　名 | |  | | | | 生年月日 | | 年　月　日生 | | |
| 住　　所 | |  | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | |  | | | 介護支援専門員（担当者） | | | |  | |
| 情報  種類 | ☐　認定調査票（概況調査・基本調査）　☐　認定調査票（特記事項）  ☐　主治医意見書 | | | | | | | | | | |
|  | 確認欄 | 申請者同意 | | 有・無 | 主治医意見書同意 | | | 有・無 | | |  |
| 居宅サービス計画作成依頼届出事業者 | | | | | | 有・無 | | |
| 被保険者 | 氏　　名 | |  | | | | 生年月日 | | 年　月　日生 | | |
| 住　　所 | |  | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | |  | | | 介護支援専門員（担当者） | | | |  | |
| 情報  種類 | ☐　認定調査票（概況調査・基本調査）　☐　認定調査票（特記事項）  ☐　主治医意見書 | | | | | | | | | | |
|  | 確認欄 | 申請者同意 | | 有・無 | 主治医意見書同意 | | | 有・無 | | |  |
| 居宅サービス計画作成依頼届出事業者 | | | | | | 有・無 | | |